Über Fremdkörper im Ösophagus

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Walther Ferdinand Kees

aus

Wörrstadt (Rheinhessen).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Würzburg 1914.
Gebrüder Memminger G. m. b. H.
Abteilung Buchdruckerei.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Professor Dr. Seifert.**

Meiner lieben Mutter!

Es ist von Interesse, auf Grund unserer drei letzten Fälle von Fremdkörpern der Speiseröhre, die in dieser Beziehung zur Verfügung stehenden Methoden einer kritischen Betrachtung zu würdigen und zu prüfen, ob die früheren Prinzipien auch heutzutage noch volle Geltung beanspruchen können. Gestützt auf die neueste umfangreiche Literatur — ein Beweis, wie aktuell noch diese Fragen sind — verlohnt es sich daher, den Standpunkt zu präzisieren, der jetzt bei der Erkenntnis und der Behandlung der Fremdkörper des Ösophagus als maßgebend gilt.

Fremdkörper im Ösophagus bieten relativ häufig Gelegenheit für ärztliches Eingreifen. Die Patienten kennen die schweren Gefahren, welche in den Fällen von verschluckten und in der Speiseröhre haften gebliebenen Fremdkörpern ihren Organismus bedrohen. Namentlich größere, scharfrandige und spitzige Körper schneiden oder reißen beim Hinabgleiten die Ösophaguswand ein, spießen sich irgendwo fest und können in der Wand einen Eiterherd erzeugen, nach dessen Durchbruch Speiseteile in das periösophageale Bindegewebe gelangen. Bei der nun leicht entstehenden jauchigen Mediastinitis sind nur in den seltensten Fällen die Kranken am Leben zu erhalten. Das ärztliche Interesse knüpft sich bei sehr vielen Fremdkörperfällen durchaus nicht etwa allein an die Therapie und den Ausgang, sondern im erhöhten Maße an die Diagnose.

Die Diagnose eines in den Ösophagus geratenen Fremdkörpers erscheint auf den ersten Blick leicht, ist es in der Tat auch in den meisten Fällen. Doch kann sie auch mit den allergrößten, fast unüberwindlichen Schwierigkeiten verknüpft sein. Bei der Wichtigkeit einer exakten Diagnose für das therapeutische Handeln muß deshalb mit peinlicher Genauigkeit vorgegangen werden.

Die Diagnose eines Fremdkörpers in der Speiseröhre hat auf zwei Punkte zu sehen. Einmal, ob sich der Fremdkörper überhaupt im Ösophagus befindet und dann, an welcher Stelle er sitzt. Wie jede Diagnose stützt sich auch die Erkenntnis der Fremdkörper in der Speiseröhre auf die anamnestischen Angaben des Patienten, auf seine subjektiven Wahrnehmungen und auf die objektiven Untersuchungsergebnisse des Arztes. Meist kommen schon die Patienten mit der bestimmten Angabe, sie hätten das oder jenes verschluckt, hätten seit der Zeit Schluckbeschwerden und mehr oder minder starke Schmerzen am Halse oder in der Brust, so daß leicht aus der Anamnese auf die Beschaffenheit des Körpers und sein Vorhandensein in der Speiseröhre geschlossen werden kann. Aber oft sind die Patienten über das Unglück, das sie betroffen hat, so erschrocken, daß ihre Angaben nicht genau und zuverlässig sind. Bei kleinen Kindern und unbeobachteten Geisteskranken kann von einer Anamnese nicht die Rede sein. Erst kürzlich teilte Krause [1]) einen Fall mit, wo ein Schwachsinniger in Erregungszuständen des öfteren unbemerkt Nägel und Nähnadeln verschluckte. Endlich kann der Arzt wegen ganz anderen Nebenerscheinungen gefragt werden. Shousboe [2]) berichtet von einer Krankenpflegerin, die im Anschluß an eine vermeintliche Influenza leicht heiser wurde und Schluckbeschwerden bekam; die Möglichkeit irgend etwas verschluckt zu haben, wurde entschieden abgelehnt. Aber beim Nachsehen des vorher schon schadhaften Gebisses zeigte sich, daß der größte Teil der Gaumenplatte fehlte und in der Speiseröhre steckte.

Ist erwiesen, daß ein Fremdkörper verschluckt ist, so bietet die Feststellung der Stelle, wo der Fremdkörper stecken geblieben ist, noch sehr erhebliche Schwierigkeiten. Oft ist der Fremdkörper schon nach dem Magen passiert, und trotzdem besteht noch ein intensives Fremdkörpergefühl. In diesen Fällen können wir durch keine der objektiven

---

[1]) Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 9/1913.

[2]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der oberen Luftwege 1/1913.

Untersuchungsmethoden, außer der Ösophagoskopie, etwas feststellen, was auf die Anwesenheit eines Fremdkörpers schließen läßt. Gewöhnlich handelt es sich dabei um Arrosionen und Fissuren der Schleimhaut des Ösophagus, die das Corpus alienum bei seinem Durchtritt gesetzt hat. Nach von Hacker [1]) können Fremdkörper durch Verletzungen der Schleimhaut krampfartige Muskelzusammenziehungen analog der Fissura ani hervorrufen, so daß trotz des Fremdkörpers durch ein so dominierendes Symptom wie die Dysphagie der Untersucher sich irre führen läßt. Bei der Charakterisierung der Art der Schmerzen geben im allgemeinen die Kranken bei den Fremdkörpern mit glatter Oberfläche ein dumpfes Druckgefühl an, bei den die Schleimhaut verletzende verspüren sie einen bei jedem Schlingakt wiederkehrenden, meist stechenden Schmerz.

Hat man aus den anamnestischen Angaben des Patienten und seiner Beschwerden die Diagnose und auch den Sitz eines Fremdkörpers mit einiger Wahrscheinlichkeit feststellen können, so stehen uns drei objektive Untersuchungsmethoden zur Verfügung, um die Diagnose zu erhärten: Die Sondenuntersuchung, das Röntgenverfahren und die Ösophagoskopie, die beiden ersten aber nicht mit der gleichen Berechtigung wie die Endoskopie schon wegen ihres öfteren Versagens.

Allzuhäufig kann die Sondierung Anlaß zur Fehldiagnose geben. Besonders oft kommt es vor, daß Sonden an großen Fremdkörpern, wie z. B. Gebissen, vorbeipassieren. Es geschieht dies deshalb oft, weil sich Gebisse gewöhnlich mit ihrer Konvexität an die Konkavität der vorderen Ösophaguswand anlegen und die Sonde gerade im oberen Teil des Ösophagus, wo ja die meisten Fremdkörper sitzen, in ihrer Tendenz, sich gerade zu strecken, an der hinteren Wand entlang gleitet. Wieso es kommt, daß sich größere Fremdkörper vornehmlich an die vordere Ösophaguswand anlegen, glaubt von Hacker [2]) damit zu erklären, daß die größeren Corpora aliena, wie Ge-

---

[1]) Handbuch der praktischen Chirurgie, Band 2.
[2]) Hacker, s. o.

bisse, sich an die mehr nachgiebige, vordere Wand anlegen, während kleinere, spitze Fremdkörper sich öfters in der hinteren, unverschiebbaren Wand verfangen. Wegen ihrer Unzuverlässigkeit hat die Sonde, früher das wichtigste diagnostische Instrument, sehr viel in ihrer Bedeutung verloren. Daß trotzdem man sich vielerorts ihrer noch, namentlich in der allgemeinen Praxis, gerne bedient, zeigen die Veröffentlichungen in jüngster Zeit, wo auf Grund eines negativen Sondenbefundes fälschlicherweise die Anwesenheit eines Fremdkörpers ausgeschlossen wurde. Gottstein führt eine ganze Reihe derartiger Fälle an, desgleichen Körner.[1]) Der Fall von Safranek[2]) mahnt zur größten Vorsicht respektive Enthaltsamkeit hinsichtlich der Sondierung des Ösophagus bei Fremdkörpern. Mittels Sondierung war nicht einmal eine circa Fünfmarkstück große Blechkapsel im Ösophagus zu finden. Von Chiari[3]) wurde ösophagoskopisch einem Patienten eine Zahnprothese extrahiert, obschon der vorher konsultierte Arzt den Patienten beruhigte mit der Versicherung, daß die Speiseröhre frei sei, da das Bougie anstandslos in den Magen gelangte. Eine darauf gegründete Fehldiagnose kann für den Kranken verhängnisvoll werden und ist es in der Tat leider auch schon geworden.

Es ist ferner zu bedenken, daß bei tatsächlich vorhandenem Fremdkörper nicht selten schon die leiseste Sondenberührung, ja schon die reflektorische Peristaltik genügt, um ihn in die Tiefe zu befördern, und daß keineswegs alle Fremdkörper in den tieferen Speisewegen ungefährlich sind.

Wir stehen aus diesen Gründen von der Sondenuntersuchung bei wahrscheinlich vorhandenem Fremdkörper ab. Besteht ein berechtigter Verdacht und spricht die Natur des verschluckten Gegenstandes, die Zeitdauer, nachherige Nahrungsaufnahme usw. durchaus dagegen, daß das Corpus alienum sich noch in der Speiseröhre befindet, so erlaubt Brü-

---

[1]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Rhinologie 1912.
[2]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Rhinologie 1/1913.
[3]) Wiener klinische Wochenschrift 27/1913.

nings [1]), gewünschten Falls dem Patienten durch die Sonde einige Beruhigung zu verschaffen und bis auf weiteres die Ösophagoskopie zu unterlassen. Stets aber muß man bei derartigem Vorgehen die Unzuverlässigkeit der Sondierung im Auge behalten und mit der bekannten Tatsache rechnen, daß selbst große Fremdkörper lange Zeit beschwerdelos getragen werden können, während oft kleine Verletzungen oder umschriebene Entzündungen tagelang ein intensives Fremdkörpergefühl hinterlassen.

Einer früher zugestandenen Berechtigung der Sonde, Feststellung der Höhe des Hindernisses wegen der zu wählenden Tubuslänge beim Ösophagoskopieren, ist die Sonde nunmehr verlustig gegangen. Das von Killian angegebene verlängerbare Rohr bedeutet hier einen großen Gewinn; denn es macht nicht nur die wenig erwünschte Sondierung überflüssig, sondern gestattet uns auch bei wechselnder Höhe des Befundes stets mit optimaler Tubuslänge zu arbeiten. Vor einigen Jahren riet noch Gottstein in Fällen hochsitzender Erkrankungen niemals ohne vorherige Sondierung den Tubus einzuführen, da die physiologischen Einführungshindernisse im Speiseröhreneingang die erforderliche zarte Handhabung des mit Mandrin bewaffneten Rohres unmöglich machen. Wir werden später sehen, daß beim Killianschen Ösophagoskop auch diese Indikation der explorativen Sondierung fortfällt, weil wir nun stets mit dem offenen Spatelrohr eingehen. Schon aus dieser kurzen Ausführung ergibt sich, daß der früher klassischen Untersuchungsmethode des Ösophagus, der Sondierung, für die Vorbereitung der Ösophagoskopie keine Bedeutung mehr zukommt und daß sie die direkte Inspektion niemals ersetzen kann.

Der Forderung der Autoren schließen wir uns vollkommen an: die Betastung von innen mit der Sonde ist zu vermeiden, da sie einerseits nicht untrüglich ist, denn nach unseren Beobachtungen gleiten selbst dicke Sonden oft anstandslos an großen Fremdkörpern vorbei, andererseits stets die große

---

[1]) Die direkte Laryngoskopie, Broncho- und Ösophagoskopie. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Gefahr besteht, den Fremdkörper zu lösen und in tiefere Abschnitte zu treiben, wo er der Entfernung nur noch größere Schwierigkeiten macht, wenn nicht noch unberechenbare Verletzungen anrichtet.

Außerordentlich viel besser sind die diagnostischen Hilfsmittel heutzutage geworden durch die Radio- und Ösophagoskopie, Methoden, die im Vergleich mit einander, wie wir sehen werden, nicht von gleicher Ebenbürtigkeit sind. Denn die Verwendung der Röntgenstrahlen kann nur eine beschränkte sein. Es ist selbstverständlich, daß Körper aus Metall, wie Ringe, Nadeln, Münzen, einen deutlichen Schatten geben. Anders ist es aber, wenn es sich um Fleischstücke oder kleine Knochen — Guisez[1]) liefert neuerdings Beispiele — handelt, die sich nur schwer gegen den markanten Schatten der Wirbelsäule und den Herzschatten abheben. Gerade die Hartgummiplatten der Gebisse, die nach einer früheren Statistik von Egloff[2]) bei Erwachsenen 62 Prozent der verschluckten Fremdkörper ausmachen, geben einen undeutlichen Schatten, wie Brünings[3]) betont, umgekehrt können nach Kahler[4]) anderweitige Befunde, wie z. B. verkalkte Bronchialdrüsen oder Verkalkungsherde in der Schilddrüse vorgetäuscht werden. Reinking[5]) berichtet über mehrere Fälle von Fremdkörpern im Ösophagus, bei denen durch die behandelnden Ärzte trotz langer Beobachtung die Diagnose nicht gestellt wurde. Grund dafür waren einerseits die negativ verlaufenen objektiven Untersuchungsmethoden, besonders die Röntgendurchstrahlung, andererseits die Unterschätzung der Anamnese und die Unterlassung der ösophagoskopischen Untersuchung. Wie bei der Sondenexploration können also auch bei der Radioskopie Irrtümer hinsichtlich der Diagnose eines Fremdkörpers sowohl nach der positiven als nach der negativen Seite unterlaufen, die eventuell für den Patienten verhängnisvoll werden können. Die ältere

---

[1]) Annales des maladies de l'Oreille et le Laryngo-Rhinologie 1911 u. 1913.
[2]) Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 42/1903.
[3]) Brünings s. o.
[4]) Wiener medizinische Wochenschr. 1909.
[5]) Deutsche med. Wochenschr. 48/1911.

Literatur ist nicht arm an traurigen Beispielen hiefür. Es ist daher keinesfalls erlaubt, bei Fehlen aller objektiven Kennzeichen die Anamnese für falsch, für eingebildet zu erklären. Aber immerhin wird man die Röntgenphotographie wohl bis zur allgemeinen Einführung des rationellsten Verfahrens, der Ösophagoskopie, in weiteren ärztlichen Kreisen schwer entbehren können.

Das souveräne Mittel, die Diagnose der Fremdkörper im Ösophagus zu stellen, ist das Ösophagoskop. Über die moderne Technik hat Brünings in seinem Werke: Die direkte Ösophagoskopie alles Wissenswerte veröffentlicht. Das Ösophagoskop, dessen Anwendung nach Gottstein eine beinahe unumschränkte genannt werden kann, hat in der Diagnosenstellung noch nie im Stich gelassen. Erst in den allerletzten Jahren erfährt diese Methode ihre verdiente Würdigung, so daß wir einstweilen der Hoffnung uns hingeben dürfen, es möge bald Gemeingut einer noch größeren Schar von Ärzten werden. Denn die Ösophagoskopie ist eigentlich das natürlichste und zweckmäßigste diagnostische Mittel, da sie uns nicht nur sicheren Aufschluß gibt über das Vorhandensein und den Sitz des Fremdkörpers und über etwaige Läsion der Schleimhaut, sondern uns auch in fast allen Fällen gestattet, mit einem und demselben Eingriffe Diagnose und Therapie zu vereinigen und sofort zur Extraktion unter Leitung des Ösophagoskops zu schreiten. Bei der Feststellung der Lage eines Fremdkörpers muß man die Ausführungen Brünings[1]) beachten. Nach ihm ist es jedem Ösophagopiker geläufig, daß verschluckte Fremdkörper in der Mehrzahl der Fälle im obersten Teile des Ösophagus, in der Nähe des Speiseröhrenmundes, stecken bleiben. Alles, was diesen Engpaß, diesen mit reflektorischer Kontraktion ausgerüsteten Wächter glücklich passiert hat, pflegt in den tieferen Speisewegen selten mehr ein Hindernis zu finden. Ausgenommen sind vielleicht spitze, lange Fremdkörper, deren Einklemmungsort hauptsächlich von der Zufälligkeit einer Querstellung abhängt. Im übrigen kann es als Regel gelten, daß tiefer Fremd-

[1]) Brünings s. o.

körpersitz die Folge von ärztlichen Eingriffen, namentlich eine Folge des Schlundstößers und des Gräfe'schen Münzenfängers bildet.

Wie in den vorhergehenden Abschnitten dargelegt wurde, gleiten dicke Sonden selbst an großen Fremdkörpern vorbei, ohne das geringste Hindernis zu finden, bleiben den Röntgenstrahlen selbst große Fremdkörper verborgen. Wochenlang ist man im Unklaren, ob ein Fremdkörper vorhanden war oder nicht. Den im Ösophatoskopieren geübten Ärzten begegnen solche Irrtümer nie. Zur Illustration des eben gesagten diene der Fall von Shousboe[1]). Die Anamnese, die Sondenuntersuchung und die Radioskopie ergab ein negatives Resultat. Lange Zeit wurde die Patientin durch die unangenehmsten Beschwerden belästigt. Erst die Ösophagoskopie gab schnell und leicht eine sichere Diagnose und ermöglichte zugleich eine rasche wirksame Behandlung. In einem von Weingärtner[2]) berichteten Fall gab der Patient seit ein und halb Jahren Schmerzen im Hals und quälenden Hustenreiz infolge eines verschluckten Knochens an. Ein Arzt behandelte an Pharyngitis, ein anderer stellte sogar Tuberkulose fest, da sich übelriechender Auswurf mit blutigen Streifen versehen einstellte. Nur die endoskopische Berichtigung vermochte die lange Anwesenheit des Fremdkörpers festzustellen. Die ösophagoskopische Entfernung ertrug Patient gut. Es stellten sich keine Reaktionen ein, im Gegenteil, die Granulationen verschwanden ohne jede Behandlung. Über diese Vorzüge der ösophagoskopischen Untersuchung werden wir im Hinweis auf weitere Fälle noch bei Besprechung der Therapie zurückkommen. Diese Forderung müssen wir heutzutags aber stellen: in allen Fällen, wo das Röntgenverfahren im Stiche gelassen hat, sollen die Patienten der ösophagoskopischen Behandlung zugeführt werden. Die mit der Ösophagoskopie konkurrierenden Methoden sind damit erschöpft. Schon aus diesen Ausführungen geht hervor, daß keine andere mit ihr auf gleiche Stufe gestellt werden kann.

---

[1]) Shousboe s. o.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift 38/1913.

Hat man die Diagnose eines Fremdkörpers im Ösophagus gestellt, so wird man möglichst bald zu seiner Entfernung schreiten müssen. Es kommt zwar vor, daß Fremdkörper lange Zeit in der Speiseröhre sitzen, ohne Beschwerden zu machen und ohne auch nur die Schleimhaut zu verändern. So macht Guisez[1]) Mitteilung von einem neuen Fall, wo ein Fremdkörper vier Monate saß, ohne Belästigungen zu verursachen. Jedoch ist dies nicht das Gewöhnliche; denn meistens tritt der Fremdkörper, je länger er im Ösophagus verweilt, desto tiefer in die Speiseröhrenwand ein, sodaß es zu einer Perforation der anliegenden Gefäße und Organe kommt. Oder es entsteht eine tiefe Halsphlegmone, deren Ausgang fast stets letal ist. Selbst bei nicht lange bestehenden, scheinbar geringen Beschwerden kann plötzlich ein tödlicher Ausgang durch einen Fremdkörper erfolgen. In dem von Taylor[2]) berichteten Falle starb eine Patientin nach mehrfachen Anfällen von profusen Bluterbrechen. Die Sektion ergab, daß eine Gräte in einer Absceßhöhle der Ösophaguswand sich befand. Sowohl Speiseröhre als Aorta kommunizierten durch eine flache Rißwunde mit dem Abceß. Gautz[3]) beobachtete einen Fall mit seltener Komplikation. Es brach vier Wochen nach dem Verschlucken einer Fischgräte ein retroösophagealer Abscess in den Wirbelkanal durch; Meningitis purulenta mit tödlichem Ausgang war die Folge. Bei der Entfernung eines Fremdkörpers ist der naturgemäße Vorgang der, daß der Fremdkörper durch Schluck- und Würgbewegungen nach unten oder oben befördert wird. Unterstützt wird die Bewegung nach oben, indem man durch Reizung des Rachens eine Brechbewegung auslöst. Aber bei harten, spitzigen Körpern liegt immer die Gefahr vor, daß durch die krampfhafte Kontraktion der Ösophagusmuskulatur das Corpus alienum sich nur noch tiefer in sie hineinbohrt und eine Perforation setzt. Der andere Weg, den naturgemäß Fremdkörper nehmen können, ist der nach unten. Man unterstützt bekanntlich das Passieren im Magendarmkanal durch einhüllende Speisen

[1]) Guisez s. o.
[2]) Internat. Zentralblatt für Laryngol. 10/1913.
[3]) Gautz, Internat. Zentralblatt für Laryngol. 9/1913.

wie Kartoffelbrei. Dagegen scheint es nicht angebracht, in sicheren Fällen von Fremdkörpern, am wenigstens bei spitzigen Gegenständen, solange sie den Ösophagus noch nicht passiert haben, Kartoffelkuren zu empfehlen. Daß mit diesen voluminösen Kuren wie mit den Brechmitteln nicht viel gutes, aber viel Schaden gestiftet wird, ist schon hinlänglich betont. Daher hat man sich schon lange von diesen beiden primitiven Methoden abgewendet.

Wenn schon früher die Entfernung eines Fremdkörpers im Pharynx und Ösophagus stets geboten war, da er als die mögliche Ursache von schweren todbringenden Zufällen angesehen werden muß, so ist heute die Forderung der Entfernung bei den vervollkommneten Hilfsmitteln noch energischer zu stellen.

Gleitet der Fremdkörper nicht von selbst hinab, so darf er nach unseren jetzigen Anschauungen auf keinen Fall hinuntergestoßen werden. Zwar ist das Hinabschieben von weichen Körpern in den Magen in der Regel ohne Gefahr. Auch ist nach Ansicht von Hackers (s. o.) das Hinabschieben in den Magen nur gestattet in den Fällen von weichen Speiseteilen, wo höchst wahrscheinlich kein Nachteil daraus erwächst. Aber wie ist es möglich, dies bestimmt vorauszusehen? Es ist in letzter Zeit wieder ein Fall bekannt geworden, wo bei dem Versuch, einen Fleischbrocken in den Magen zu befördern, die Speiseröhre durchgestoßen wurde und Mittelfellentzündung mit all ihren traurigen Folgen eintrat (Krieg).[1])

Sämtliche größere Fremdkörper, die von Hacker[2]) und andere in ihren vielen Fällen in den tieferen Teilen der Speiseröhre fanden, waren erst durch anderweitige ärztliche Bemühungen dahin befördert worden. Daß die doch noch nötig werdende Entfernung mit dem Ösophagoskop durch jeden Zentimeter Tieferrücken weiter erschwert wird, leuchtet wohl ein, ebenso daß meistens Verletzungen, wenn nicht gar Zerreißungen der Speiseröhrenwand gesetzt werden. Ziehen wir dann noch in Betracht, daß

---

[1]) Krieg, medizinisches Korrespondenz-Blatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 20/1913.

[2]) Hacker, Handbuch der prakt. Chirurgie, Bd. 2.

ein großer Teil aller Gegenstände nur deswegen im Ösophagus stecken bleibt, weil dieser durch Narben oder durch krebsige Neubildung o. ä. verengt ist, so erhellt daraus nicht nur die Unmöglichkeit, auf diesem Wege zum Ziele zu gelangen, sondern auch die hervorragende Gefährlichkeit solchen Vorgehens. Reuter[1]) und Voß[2]) beweisen durch verschiedene Fälle die Gefährlichkeit, mit Sonden den Fremdkörper in den Magen zu stoßen. Als Folge der auswärts unternommenen Versuche zeigte die Speiseröhre zahlreiche, nicht unbeträchtliche Verletzungen der Schleimhaut. Nach ösophagospischer Entfernung der fest eingekeilten Knochenstücke und Gräten trat glatte Heilung ein. Mit ungünstigem Ausgang verlief der Fall von Corwin; [3]) nach Arrosion der Pleurahöhle war der Patient nicht mehr zu retten. Auch Beck[4]) berichtet zwei tödliche Fälle von auf diese rohe Art versuchter Entfernung. Bei dem von Jurasz[5]) beobachteten Fall handelte es sich um eine Frau, bei der ein verschluckter Knochen mit der Schlundsonde nach unten gestoßen und die Ösophaguswand perforiert wurde. Daran anschließend trat Phlegmone des Halses und Mediastinums auf; ohne Erfolg wurde die Ösophagotomia thoracica vorgenommen. Auf Grund dieser unglücklichen Versuche, einen Fremdkörper mit Sonde, Grätenfänger o. ä. in den Magen zu stoßen, kann nicht genug vor solch rohem Vorgehen gewarnt werden.

Die instrumentelle Extraktion nach oben wird heute noch von dem praktischen Arzt sehr oft vorgenommen. In der hiesigen Klinik geschieht dies nur dann, wenn der Fremdkörper im obersten Teile der Speiseröhre sitzt, sodaß man noch mit dem Kehlkopfspiegel den Gang des Instrumentes kontrollieren kann. So konnte Lengyel[6]) eine große Nähnadel, die vorn unter der Stimmritze und hinten am Speise-

---

[1]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der oberen Luftwege 3/1913.

[2]) Voß, ebenda 1/1913.

[3]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1912.

[4]) Beck, ebenda.

[5]) Jurasz med. Klinik 31/1912.

[6]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 10/1913.

röhreneingang fixiert war, unter Leitung des Kehlkopfspiegels entfernen, indem er das hintere Ende der Nadel zuerst freimachte und dann mit Hilfe der Kehlkopfzange die Nadel extrahierte. Bei tieferem Sitz müssen wir die Anwendung der Instrumente besonders ohne Röntgenkontrolle für gefährlich halten und erachten es nur für zulässig in Notfällen z. B. auf See. Der Arzt jedoch, der keine Röntgenkontrolle zur Verfügung hat, nützt dem Kranken mehr, wenn er ihn alsbald einem Krankenhaus überweist und vorher keine Extraktionsversuche anstellt, die häufig mehr schaden als nützen.

Der Münzenfänger in allen Gestalten wird gewöhnlich in seiner Wirkung weit überschätzt. Abgesehen davon, daß die Münzenfänger in ungeeigneter Größe bei Kindern schon vielen Schaden gestiftet haben, ist eine ganze Reihe von Fällen veröffentlicht, in denen sich beim Versuch, Münzen zu entfernen. auch ohne Anwendung starker Gewalt, Todesfälle ereignet haben durch Zerreißung der Speiseröhre, sodaß Siebemann[1]) schon vor sieben Jahren den Münzenfänger ein auch zur Entfernung von Münzen und münzenähnlichen Körpern zum mindesten gefährliches Instrument nennt. Als einen neuen Beweis hierfür demonstrierte vor kurzem der gleiche Autor[2]) die Organe eines Mannes, bei dem auswärts durch Münzenfänger Ösophagusperforation hervorgerufen wurde. Die Folge waren ausgedehntes Haut- und Mediastinalemphysen und Pyopneumothorax. Schmiegelow[3]) verlangt dringend, man solle den Münzenfänger endgültig der historischen Abteilung der Instrumentensammlung einverleiben. Unter allen Umständen unerlaubt ist aber das Eingehen bei nicht münzenförmigen Körpern, wie Knochenstücken und Gebißplatten, deren Lösung und Entfernung selten und nur nach recht verwickelten, die verschiedenen Hacken und Fortsätze berücksichtigenden Drehungen und Wendungen möglich ist.

Neuerdings wurde wieder der Grätenfänger empfohlen. Diese Empfehlung halten wir für einen

---

[1]) Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 23/1906.
[2]) Berliner klin. Wochenschr. 29/1913.
[3]) Archiv für Laryngologie 20/1908.

ganz bedenklichen Rückschritt in der Fremdkörperfrage. Wer im 20. Jahrhundert dieses Instrument dem praktischen Arzte zur Anwendung empfiehlt, der bringt dadurch zahllose Kranke in Gefahr. Der Grätenfänger ist an sich gewiß nicht gefährlich, aber durch seine Anwendung an ungeeigneten Fällen kann er zur größten Gefahr werden.

Daß man diese alten Instrumente nicht nur beim Arzte auf dem Lande, sondern auch bei einem modernen Chirurgen noch findet, hat folgenden Grund. Die Radioskopie hat das alte Instrumentarium zum Teil wieder wertvoll gemacht, insofern einerseits die Gefahren des blinden Einführens verringert sind; man sieht den Ort, die Größe und Form des Körpers und erkennt auch, wo man sich mit seinem Instrument befindet; andererseits wird man bei gewissen Fällen z. B. tief liegenden Gebissen von vorn herein sagen können, daß das Verfahren nicht am Platze ist und den Patienten nicht erst unnötig quälen darf. Es gibt eine bestimmte Kategorie von Fremdkörpern, namentlich Münzen, die sich mit diesen Instrumenten nach Wagner[1]) schonender und rascher entfernen lassen, als es mit dem Ösophagoskop denkbar ist und darum verdienen diese Instrumente beibehalten zu werden. Im radioskopischen Feld extrahierten ohne irgend welche Folgeerscheinungen Freudenthal[2]) und Sains[3]) selbst bei kleinen Patienten im Alter von 1—3 Jahren Münzen mit dem Kirmissonschen Münzenfänger. Auch Szmuolo[4]) bevorzugt diesen Kirmissonschen Haken wegen seiner Zuverlässigkeit, aber auch nur eben bei Münzen.

Gault[5]) und Kelbling[3]) hingegen heben die Unzuverlässigkeit des Münzenfängers auch bei solchen Fremdkörpern hervor, z. B. mißlangen bei einem 4jährigen Kinde stets die des öfteren vorgenommenen Extraktionsversuche eines einfachen Sou-

---

[1]) Deutsche Med. Wochenschrift 28/1913.
[2]) Berliner Klinische Wochenschrift 33/1910.
[3]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1912.
[4]) Internat. Zentral-Blatt für Laryngolie 1912. p. g. 169.
[5]) Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie 40/1913.
[3]) Med. Klinik 32/1913.

Stückes, während die endoskopische Entfernung ohne Schwierigkeit erfolgte.

Der beste, sicherste und rationellste Weg, Fremdkörper aus dem Ösophagus unblutig zu entfernen, ist der ösophagoskopische. Mit dem Ösophagoskop können wir uns über die Lage des Körpers, die Art des Festhakens, eine extra vorzunehmende Drehung über den Grad von vorhandenen Strickturen orientieren. Bei der Ösophagoskopie handelt es sich nicht um Manipulationen im Dunkeln, sondern um ein zielbewußtes Vorgehen. Von Hacker[1]) nennt die Ösophagoskopie und die Extraktion mit deren Hilfe das souveräne Verfahren. Diese Methode scheint endgültig berufen zu sein, die Fremdkörperextraktionen auf blutigem Wege, insbesondere die Ösophagotomie erheblich einzuschränken und den älteren sogenannten blinden Extraktionsinstrumenten jeglichen Boden zu entziehen.

„Nachdem v. Hacker bereits Ende der 80er Jahre auf Grund von zahlreichen Einzelfällen auf die große Bedeutung der Ösophagoskopie für die Diagnose und Behandlung verschluckter Fremdkörper wiederholt hingewiesen hatte," schreibt Stark[2]), „hätte man annehmen dürfen, daß allmählich vonseiten der Chirurgen die blutige Operation und damit die Mortalität solcher Erkrankungen vermindert worden wäre. Allein das zweite Jahrzehnt seit Ausbildung dieser von Miculicz begründeten klassischen Untersuchungsmethode der Speiseröhre geht seiner Vollendung entgegen und noch kann von einer Beherrschung der Methode von chirurgischer Seite. der naturgemäß immer noch die Mehrzahl der Fremdkörper zukommt, keine Rede sein, noch stirbt unter der Hand der Chirurgen jeder achte derartige Kranke, während bei sachgemäßer Behandlung ösophagoskopischer Behandlung die Mortalität auf nahezu Null herabsinkt."

Es ist allerdings zu verlangen, daß der Fremdkörper ganz unbeeinflußt bleibt durch Sondierung und andersartige Extraktionsversuche. Doch dann

---

[1]) s. o.

[2]) Zeitschrift für Laryngologie 1909. pg. 81. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 2/1913.

[3]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 9/1913.

leistet auch die Ösophagoskopie in sehr komplizierten Fällen Hervorragendes. Voss[1]) berichtet über 2 Fälle, von denen der eine deutlich zeigt, daß die Manipulation mit der Schlundsonde nicht nur ziemliche Verletzung durch Tieferstoßen einer im Ösophagus stecken gebliebenen Fischgräte verursacht, sondern auch deren nachträgliche ösophagoskopische Entfernung erheblich erschwert hat. Der zweite Fall zeigt, wie leicht verschluckte Fremdkörper entfernt werden können, falls ungeeignete Extraktionsversuche unterlassen worden sind. Auch Kubo[1]) liefert hiezu zwei beweisende Fälle. Einem Patienten war in der Speiseröhre eine Fischgräte oberhalb des Brustbeines stecken geblieben, die eine rechtsseitige Rekurrenslähmung verursachte. 16 Tage nach der ösophagoskopischen Entfernung verschwand die Rekurrenslähmung. Während die gleiche Lähmung in einem anderen Fall, wo sie erst nach erfolgter Sondierung eingetreten war, auch nach der Extraktion des Fremdkörpers unverändert blieb. Wenn der Kranke möglichst sofort zu dem mit dem Ösophagoskop vertrauten Arzte gebracht wird, ist Heilung in sichere Aussicht zu stellen. Aber auch wenn der Fremdkörper schon einige Zeit in der Speiseröhre verweilte, sind die Chancen der Ösophagoskopie besser als diejenigen der anderen Methoden, da die Situation mit dem Auge klar überblickt werden kann und da der Tubus an sich schon eine Erweiterung des Ösophagus und damit häufig schon eine Lockerung des Fremdkörpers hervorruft. Ist derselbe gelockert, dann kann er ohne weiteres extrahiert werden; ist er aber festgehakt, dann sucht man ihn vorsichtig aus der Wand zu entfalten und für die Extraktion günstiger zu stellen. Ganz große Fremdkörper, große Gebisse, die bei einer Extraktion an der oberen physiologischen Enge einen Widerstand finden, müssen eventuell mit der kaustischen Schlinge erst zerkleinert und dann in Stücken extrahiert werden. Bekanntlich ist dies Killian in Freiburg 1900 zuerst gelungen.

Seit Einführung der Ösophagoskopie durch Mikulicz vor 31 Jahren bis in unsere Zeit hat man

[1]) Internat. Zentralblatt für Laryngologie 8/1913.

noch nie bei der Entfernung von Fremdkörpern durch diese Methode eine Schädigung der Patienten gesehen, umsoweniger in der Jetztzeit. Denn die früher geübte blinde Einführung ösophagoskopischer Instrumente, insbesondere der mit Mandrin versehenen, zeigte die gleiche Unannehmlichkeit wie die Sondeneinführung. Seit der Existenz des offenen, schräg abgeflachten Röhrenspatels und des verlängerbaren Doppelrohres hat die frühere Methode keine Berechtigung mehr. Auch die Beleuchtung weist keine Mängel mehr auf. Die sonst am Rohrende angebrachten Lampen, die sogenannten Innenlampen, werden allgemein verworfen. Als Beleuchtungsapparat bedient man sich nunmehr des von Brünings[1]) angegebenen Universal-Elektroskops. Dank dieser Vervollkommnungen vermehrt sich die Zahl der durch die Ösophagoskopie entfernten Fremdkörper von Tag zu Tag, und in allen Ländern gibt es viele Operateure, die ihrer Wirksamkeit eine große Zahl von Extraktionen dieser Art zuschreiben. Stella[2]) Kubo[3]) und Fletcher Ingals berichten über die Anwendung des Ösophagoskops in ihren Heimatländern Günstiges. Zahlreiche weitere Fälle wurden in den letzten Jahren in der Literatur niedergelegt. v. Hacker konnte seinen früher veröffentlichten Fällen immer wieder weitere hinzufügen, welche er mit Erfolg behandelt hat, darunter waren viele in Strikturen eingekeilt.

Weitere derartige Fälle wurden mitgeteilt von Kohler[4]), Shousboe[5]), Reuter[6]), Finder[7]), Krieg[8]), Blegwad[9]). Dabei handelte es sich um Münzen, Fleischstücke, Zahnprothesen, Metallsonden, Pinsel und Steinkohle. Todesfälle waren nicht zu beklagen. Die Heilung erfolgte wie üblich prompt mit

---

[1]) Deutsche medizinische Wochenschrift 17/1909.
[2]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Laryngo-Rhinologie 1912.
[3]) Internat. Zentral-Blatt für Laryngol. 9/1913.
[4]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1912.
[5]) Ebenda.
[6]) Ebenda.
[7]) Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. Ärztlichen Landesvereins 20/1913.
[8]) Internat .Zentralblatt f. Laryngologie 1912, p. 64.

Entfernung des Fremdkörpers ungeachtet dessen, daß die meisten Fälle mit Komplikationen, Perioesophagitis und erhöhter Temperatur — hauptsächlich die Folgen von anderweitig ausgeführten blinden Extraktionsversuchen — zu den Ösophagoskopikern kamen. Auch Kubo und Botella[1]) betrachten die Ösophagitis und Periösephagitis nicht als Kontraindikation gegen die Anwendung der Ösophagoskopie, sondern als Grund mehr für ein möglichst vorsichtiges Vorgehen. Erwähnenswert ist der Fall von Hald.[2]) Er macht auf die Bedeutung einer genauen Inspektion der Speiseröhre aufmerksam, auch nachdem man einen Fremdkörper entfernt hat, wenigstens bei gewissen Körpern. Hald hatte nämlich eine ca. 1 cm lange Gräte entfernt, wonach der Patient sich sehr wohl fühlte und die früheren Schmerzen nicht mehr spürte; trotzdem führte Hald das Ösophagoskop nochmals ein und fand zwei weitere Gräten.

Guisez[3]) betont die Ungefährlichkeit der Endoskopie. In keinem der 24 behandelten Fälle während der letzten drei Jahre bemerkte er einen von dieser Methode herrührenden Schaden, obgleich die Sitzungen manchmal sehr dramatisch gewesen sind, da er in Fällen stärkster Dyspnoe zu intervenieren hatte. Weder der augenblickliche Zustand noch das Alter des Patienten stellen nach ihm eine Kontraindikation auf. Was das Alter anlangt, so waren alle Altersklassen vom 11. Monat bis zum 81. Lebensjahre vertreten, und was den augenblicklichen Zustand anlangt, so hat Guisez wiederholt bei feststehender Sepsis die Extraktion vorgenommen.

Auch Jacques[4]) rät zu sofortiger Ösophagoskopie bei einer drohenden Verschlimmerung durch allgemeine Sepsis. Schon am dritten Tage brachte eine verschluckte kleine Gräte einen Patienten vorübergehend in diese Gefahr. Dem ösophagoskopischen Erfolg war die rasche Besserung zu verdanken.

---

[1]) Internationales Zentralblatt 10/1912.
[2]) Wochenschrift für Ohrenheilkunde 1913.
[3]) Annales des Maladies de l'Oreille, Bd. 37/4.
[4]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 1. Heft, 66. Bd.

Schon bei einem vier Tage alten Baby, bei dem ein unbemerkt verschluckter Schnuller vollständige Dysphagie verursachte, glückte Tilley[1]) die Extraktion mittels der allerkleinsten bronchoskopischen Röhre ohne weitere Störungen.

Jackson[2]) gelang bei allen seinen 206 ösophagoskopischen Fremdkörperfällen die glückliche Entfernung, ausgenommen 4 Fälle, wo seitens anderer Operateure schwere Verletzungen gesetzt wurden.

In den letzten 8 Jahren konnten nach einer Veröffentlichung von Kahler[3]) in der Klinik von Chiari alle 89 Fremdkörperfälle durch das Ösophagoskop gesichtet werden; 81mal gelang die Entfernung durch das Ösophagoskop, in 8 Fällen wurde der Fremdkörper gelockert und glitt in den Magen.

Auch nach Labouré[4]) ist die Extraktion eines Fremdkörpers, wenn er endoskopisch auch entdeckt wird, noch immer nicht gewährleistet; doch glaubt Labouré, daß das nur von der Übung des Operateurs abhängt. Sicherlich, denn bei den 6 Fällen, in denen er den Fremdkörper einstellen, ja sogar fassen konnte, ist ihm die Extraktion nur dreimal gelungen, während ebensooft der mobil gemachte Fremdkörper in den Magen gerutscht ist, wo er dann auf natürlichem Wege abgegangen ist.

Die Schwierigkeiten der neuen Methode werden im allgemeinen überschätzt. Wenn auch eine gewisse autoskopische Routine erwünscht ist, so dürfte jetzt durch die okulare Rohreinführung bei einiger Geschicklichkeit das Verfahren wesentlich erleichtert sein.

So absolut günstig werden sich auch die Erfolge der Ösophagoskopie nicht stellen. Aber es ist dies leicht erklärlich. Denn auch der Endoskopie sind Grenzen und Kontraindikationen gesetzt. Eine hochgradige Rigidität der Wirbelsäule, besonders bei alten Leuten, ein stark vorspringender Oberkiefer, können die Einführung des ösophagoskopischen Rohres unmöglich machen. Außer diesen technischen

---

[1]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 2. Heft, 66. Bd.
[2]) Internationales Zentralblatt für Laryngologie 10/1913.
[3]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde 1/1913.
[4]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde 3/1913.

Schwierigkeiten gibt es natürlich auch Fälle, die in sich schon eine Kontraindikation gegen den Eingriff darstellen. Aneurysmen, Varicen des Ösophagus durch Lebercirrhose, Herzmuskelerkrankungen, Arterienverkalkung, sowie die Atmung erschwerende Krankheiten, wie Phthise, Luftröhrenverengerung und hochgradiges Emphysem, bilden Gegenanzeigen, die aber unter Umständen bei dringender Lebensgefahr natürlich zurücktreten müssen.

Ist schon eine Perforation in das Mediastinum eingetreten, sind zweifellos Zeichen von Mediastinitis vorhanden — steigendes Fieber, excessive Schmerzhaftigkeit, wachsendes Hautemphysem —, so erspart man dem Kranken lieber die Schmerzen der Rohreinführung, da hier doch die Ösophagotomie bezw. die Mediastinotomie angezeigt ist. Nach Brünings[1]) spricht eine ständige Progredienz der Erscheinungen für mediastinale Komplikation, während jede Stunde unveränderten Bestehens als ein günstiges Prognostikum aufzufassen ist.

Gelingt es nicht, den Fremdkörper auf unblutige Weise zu entfernen, so muß zur Operation geschritten werden. Die Operation von außen ist außerdem indiziert bei starken Blutungen und drohender Perforation, sowie eingetretener Mediastinitis. Man kann auf dreierlei Art und Weise von außen her an den Fremdkörper gelangen; durch die Ösophagotomie vom Halse aus, die Gastrotomie und die Ösophagotomia thoracica.

Ob die Ösophagotomie oder Gastrotomie das anzuwendende Verfahren ist, hängt ab von der Höhe des Sitzes des Fremdkörpers. Bei Fremdkörpern bis zu 28 cm von der Zahnreihe kommt die Ösophagotomie, bei tieferem Sitz die Gastrotomie in Betracht.

Wo auch die Gastrotomie versagt, kann vielleicht die Thorakotomie zum Ziele führen.

Die Ösophagotomie vom Halse aus war bei den meisten Chirurgen das bisher am häufigsten geübte Verfahren, um Fremdkörper zu entfernen, die sich weder mit dem Münzenfänger oder Grätenfänger nach oben extrahieren noch nach unten in den Magen stoßen ließen; die Chirurgen, die ösophagosko-

---

[1]) s. o.

pieren, stellen die Indikation enger und zwar erst dann, wenn es der Endoskopie nicht gelingt, den Fremdkörper zu entfernen. Mit Norbury[1]) halten auch wir heutzutage das blutige Vorgehen in jedem Fall, bei dem ohne Grund die Ösophagoskopie absichtlich unterlassen wurde, für unberechtigt.

Der früheren Ansicht, alle Fremdkörper sind mittels Ösophagotomie zu behandeln, dürfen wir heute nicht mehr beistimmen. Denn solange die Sterblichkeitsziffer dieses Eingriffes etwa 15mal so hoch ist als die Ösophagoskopie, werden wir dieser treu bleiben. Über die Äußerung eines französischen Arztes, das Instrumentarium der Ösophagoskopie sei teuer und die Technik ist schwer, deshalb halte ich die Ösophagotomie für einen Fortschritt, können wir zur Tagesordnung übergehen. „Das ist," wie Krieg[2]) sagt, „kein Standpunkt. So gern wir die unbedingte Richtigkeit des Vordersatzes zugeben, die Endoskopie wird uns nicht unseren Errungenschaften entfremden und uns um 30 Jahre in der Entwicklung zurückwerfen."

Über die seltenen Fälle von der Unmöglichkeit der ösophagoskopischen Entfernung liegen nur Veröffentlichungen vor von Wuertz[3]) und Kan[4]). Es gelang ihnen nicht, ein fest eingekeiltes Knochenstück und eine 1 Markstück große Münze selbst unter Anwendung des Brüningschen Erweiterungs-Ösophagoskops mit der Zange zu bewegen. Nach erfolgloser ösophagoskopischer Behandlung einer größeren Ösophago-trachealfistel mit Galvanokaustik mußte Shousboe in dem bereits schon erwähnten Falle eine Operation ausführen, um die Fisteln zu schließen, wenn nicht die Patientin an einer Schluck-Pneumonie sterben sollte. Durch den Erfolg des von ihm eingeschlagenen Verfahrens hat Franke[5]) alle Veranlassung auf eine auch anderweitig geübte Methode aufmerksam zu machen, die ihre Anwendung finden soll, wenn z. B. ein Ösophagoskop nicht zur Verfügung steht. Durch seitlichen

---

[1]) Internationales Zentralblatt für Laryngologie 1912, p. 55.
[2]) s. o.
[3]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1913.
[4]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1912, p. 306.
[5]) Deutsche Med. Wochenschrift 24/1913.

Hautschnitt wird die Speiseröhre freigelegt, aber nicht eröffnet und der Fremdkörper durch vorsichtiges Streichen nach dem Munde geschoben und von dort extrahiert. Die Vorteile bestehen einerseits in Vermeidung der Gefahr der Halsphlegmone, die mit jeder Ösophagotomie verbunden ist, namentlich bei Kindern und in Fällen von Druckgeschwüren, andererseits in der bedeutenden Abkürzung der Heilungsdauer, die sonst bei Fistelbildung mindestens 4 Wochen erfordert.

Handelt es sich um Fremdkörper im unteren Drittel der Speiseröhre, so ist auch die Ösophagoskopie der thorakalen Ösophagotomie bei weitem vorzuziehen. Wie in den anderen Fällen liegen die Vorteile der endoskopischen gegenüber der chirurgischen Entfernung gleichfalls darin, daß wir, bevor wir den Körper fassen, die Situation klar übersehen und nicht blindlings an demselben herumzerren; so lassen sich Verletzungen umgehen, die mit der chirurgischen Methode oft unvermeidlich sind. Ein ganz wesentlicher Nachteil der Ösophagotomie gegenüber der ösophagoskopischen Extraktion ist die Dauer der Nachbehandlung. Ist der Fremdkörper mit dem Tubus entfernt, und hat keine Komplikationen verursacht, dann ist der Patient geheilt, er kann vom Operationsstuhl aufstehen und nach Hause gehen. Aus Berichten selbst unserer besten Operateure geht aber hervor, daß häufig Ösophagusfisteln nach den Ösophagotomien nicht zu vermeiden sind und daß die Nachbehandlung selbst in neueren Fällen noch bis zu 8 Wochen gedauert hat.

Mit der folgenden Beschreibung unserer eigenen Fälle beabsichtige ich weniger die ja genügend umfangreiche Kasuistik zu vermehren, als die in der hiesigen Poliklinik beobachteten Fälle zur Illustration meiner bisherigen Ausführungen zu verwenden, da sie durch ihre Art, wie hinsichtlich ihrer Diagnose und Therapie als typisch gelten können.

I.

A. B., 26 Jahre alt, Kindermädchen, suchte am 2. März die Klinik auf. Der Patientin wurde vor zwei Tagen eine federnde Klammer [1]) am linken Oberkiefer angelegt.

Am 1. März, abends während des Essens, sie versuchte ein Stück harten Brotes rasch abzubeißen, bemerkte sie beim Schlucken, daß mit dem Bissen ein scharfer Körper mitverschluckt wurde, der ihr auf der linken Seite des Halses, ziemlich weit unten, einen stechenden Schmerz verursachte. Durch Trinken von Flüssigkeit glaubte sie, den etwa im Brote befindlich gewesenen scharfen Fremdkörper wegschlucken zu können, aber ohne Erfolg. Da merkte sie, daß die vorher festgesessene Klammer an der oberen Zahnreihe so locker geworden war, daß sie diese ohne Mühe herauszunehmen vermochte. Sie konstatierte nun bei deren Besichtigung, daß die eine Spange abgebrochen war.

Status: Patientin mittelgroß, kräftig, verzieht bei jedem Versuch zu schlucken das Gesicht und dreht dabei den Kopf stark nach links und vornehin. Von außen her gibt sie als Stelle, wo sie bei jedem Schluckakt einen stechenden Schmerz verspürt, die Gegend links etwa in der Höhe des Ringknorpels an. Bei leichtem Druck von außen her mit dem palpierenden Finger läßt sich die schmerzhafte Stelle leicht begrenzen. Untersuchung: Mund-Rachenhöhle, Zungenbasis, Tonsillen völlig frei. Kehlkopfeingang und Kehlkopf-Inneres völlig normal. Nach wiederholten

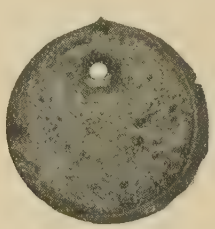
[1]) Siehe Abbildung, dreimal vergrößert.

laryngoskopischen Untersuchungen und bei Seitwärtsdrängung des Larynx nach rechts hin mit Hilfe der Kehlkopfsonde, findet man ganz in der Tiefe des Sinus pyriformis links, gerade an der Umbiegungsstelle, eine stecknadelknopfgroße, mit fibrinösem Belag bedeckte Stelle, die bei der Sondenuntersuchung als Lokalisation des Fremdkörpers mit Sicherheit angegeben wird.

3. März: Ösophagoskopie: Man glaubt, an der bezeichneten Stelle eine ganz feine, glänzende Spitze eben noch aus der Schleimhaut herausstehen zu sehen; läßt sich aber nicht fassen. Da das Verfahren schon zu lange Zeit gedauert hat, vermag die Patientin eine weitere Fortsetzung der Ösophagoskopie nicht zu ertragen.

4. März: Ösophagoskopie: Nach wiederholten Bemühungen gelingt es, den Fremdkörper zu extrahieren. Nachher keine Beschwerden mehr, auch Druck von außen her nicht mehr empfindlich.

13. März: Patientin geheilt entlassen.



II.

K. L., 1½ Jahre alt, Aufnahme 11. III. 1913. Die Mutter des Patienten erzählt, der Kleine habe schon Mitte Dezember 1912 ein Blechstück in Münzenform [1]) verschluckt. Seitdem kommt beim Schlucken die flüssige Nahrung wieder zur Nase heraus; auch schläft er seitdem mit offenem Munde, hustet beim Trinken. Verschiedene Ärzte konnten das Vorhandensein eines Fremdkörpers nicht feststellen, beließen die Mutter auf dem Glauben, es handle sich bloß um eine Mandelentzündung. Keine Besserung, daher Aufsuchen der Poliklinik.

[1]) Siehe Abbildung, natürliche Größe.

Status: Hypertrophie der Rachentonsille, Konkremente in beiden Gaumentonsillen. Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel nicht möglich. Diagnose: Adenoide Vegetationen. Angina lacunaris chronica.

Tags darauf sieht man bei starkem Herunterdrücken der Zunge einen schwärzlichen Fremdkörper von flacher Gestalt aus dem Ösophagus hervorragen. Die Palpation ergibt einen scharfkantigen Gegenstand. Der Fremdkörper wird mit der Kornzange entfernt. Gestern muß der Fremdkörper noch tiefer im Ösophagus gesteckt haben. Der Aufenthalt des Fremdkörpers währt nach Angabe der Eltern schon 12 Wochen. Keine Reaktionserscheinungen, außer vielleicht der Angina lacunaris. Die starken Würgbewegungen bei der gestrigen Palpation sowie bei der nochmaligen Untersuchung heute haben den Fremdkörper offenbar nach oben befördert.

3. V. 1913: Der Großvater des Kindes gibt an, daß dem Kinde das Schlucken immer noch schwer fällt. Ob nun durch den scharfkantigen Fremdkörper infolge des langen Verweilens Ulcerationen erzeugt wurden, die noch nicht geheilt sind oder zu narbiger Verengung des Ösophagus geführt haben, kann nicht entschieden werden, da wir das Kind nicht mehr zu sehen bekamen.

III.

B. D., 37 Jahre alt, Fabrikarbeitersfrau. Am 12. V. 1913 verschluckte Patientin mit der Suppe ein Knochenstück, sofort traten heftige stechende Schmerzen bei weiteren Schluckversuchen auf. Pat. suchte gleich ärztliche Hilfe. Der erste Arzt ging mit dem Münzenfänger in die Speiseröhre ein, verursachte dabei die heftigsten Schmerzen und intensive Blutungen, ohne den Fremdkörper hervorzubringen. Ein zweiter Arzt wiederholte die Versuche mit den gleichen Erscheinungen, d. h. heftigen Schmerzen, starken Blutungen, aber ohne den Fremdkörper zu entfernen. Ein dritter Arzt suchte mit der Schlundsonde den Fremdkörper in den Magen zu stoßen. Nach dreistündigem Abmühen fühlte sich Patientin infolge der Schmerzen so elend, daß sie kollabierte.

15. V. 1913. Aufnahme in die Poliklinik. Pa-

tientin kann nicht die geringste Flüssigkeiten zu sich nehmen. Schmerzen sehr heftig.

Status: Pat. blaß, aufgeregt.

Ösophagoskopie: Die Einführung des Ösophagoskops gelingt ohne Schwierigkeiten. Etwa in der Höhe der Bifurkation der Trachea wölbt sich ein Absceß in das Lumen des Rohres herein, eröffnet sich während der Inspektion, eine Unmenge übelriechenden Eiters wird entleert. Bei weiterer Untersuchung ergibt sich, daß die rechte und hintere Wand des Ösophagus in einer Ausdehnung von etwa 5 cm zerrissen und zerfetzt ist, es hängen lange Schleimhautfetzen in das Lumen des Rohres hinein. Fremdkörper nicht gefunden.

16. V. 1913: Weitere Behandlung besteht in Verabreichung von reizloser flüssiger Diät, das Schlucken verursacht zwar noch Schmerzen, ist aber noch gut möglich. Wegen zunehmender Besserung scheidet Patientin aus der poliklinischen Behandlung aus. Nach einem Monat schreibt sie, daß sie auch bei fester Kost nicht das geringste mehr spüre.

Wahrscheinlich wurde doch von den drei betreffenden Ärzten der Fremdkörper in den Magen befördert.

Überblicken wir die Fälle, so sind die drei charakterisiertesten Fremdkörper vertreten: Teil vom Gebiß, Knochenstück und ein Stück in Münzenform. Von der Zeit des Unfalles bis zur klinischen Behandlung waren 1 und 3 Tage vergangen, in einem Falle sogar 12 Wochen. Wie gut es ist, zuerst den Racheneingang und den Larynx einer genauen Inspektion zu unterziehen, lehren die beiden ersten Fälle. Diese beiden einfachen Methoden lieferten hier schon ein positives Untersuchungsergebnis. Des großen Vorteils des Killianschen Röhrenspatels mit seinem schnabelförmigen Ende wurden wir auch im letzten Falle bewußt. Es wurde erreicht, daß ohne allzugroße Belästigung der Kranken von geübter Hand geführt, das Ösophagoskop die ganze Speiseröhrenwand lückenlos bei bester Beleuchtung dem Auge unmittelbar zur Anschauung brachte.

Fassen wir die Ergebnisse, welche die vorliegende Arbeit liefert, noch einmal zusammen, so

finden wir, daß man sich bei der Diagnosenstellung von Fremdkörpern nur sicher auf das Ösophagoskop verlassen kann. Über den Fortschritt, den das Ösophagoskop uns gebracht hat, wurden wir besonders gut informiert bei der Prüfung der Leistungsfähigkeit der übrigen noch üblichen Methoden. Die Frage, ob ein Arzt berechtigt sei, oder richtig handelt, in Fällen von verschluckten Fremdkörpern zunächst konservativ zu verfahren, müssen wir verneinen. Besonders bei Fremdkörpern mit schneidenden Oberflächen ist ein derartiges Vorgehen gefährlich. Die Hinabstoßung durch Sonden oder blinde Extraktionsversuche ohne die Kontrolle durch den Röntgenschirm perhorrescieren wir wegen der Gefahr, daß eine drohende Perforation komplett wird oder ein Stück der Ösophaguswand herausgerissen wird. Weitgehende Differenzen persönlicher Auffassung über den Wert der Extraktion mittels Röntgenstrahlen bestehen nicht mehr. Wegen ihrer eventl. Gefährlichkeit haben sich heutzutage die meisten Autoren von dieser Methode abgewandt.

Wir müssen den Standpunkt vertreten, daß die Ösophagoskopie ein diagnostisch und therapeutisch unentbehrliches wichtiges Hilfsmittel darstellt, daß sie eine schonende und ungefährliche Untersuchungsmethode ist, die nur allein ein rasches und zielbewußtes Handeln zuläßt. Es ist zu beklagen, daß sie trotzdem eine noch so relativ geringe Verbreitung gefunden hat. Wir fordern in allen Fällen, immer in erster Linie dies einzig rationelle Verfahren einzuschlagen. Es wäre daher zu wünschen, wenn wenigstens jedes größere Krankenhaus im Besitze eines Ösophagoskops wäre. Dann würde die Ösophagoskopie auch Gemeingut der Ärzte werden und den ihr überall mit vollem Recht gebührenden Platz einnehmen.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Professor Dr. Seifert für die Überlassung des Themas und Materials für die Arbeit, sowie für die Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Annales des Maladies de l' Oreille et de Laryngo-Rhinologie 1911. 1912. 1913.
Archiv für Laryngologie 1908—1912.
Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1913.
Beiträge zur klinischen Chirurgie 1903.
Berliner klinische Wochenschrift 1910—1913.
Brüning: Die direkte Laryngologie, Broncho- und Ösophagoskopie.
Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1906—1913.
Deutsche Med. Wochenschr. 1909—1913.
Fischer, Wilhelm: Über Fremdkörper im Ösophagus und ihre Entfernung. Med. Dokt. Dissert. Marburg 1902.
Handbuch der praktischen Chirurgie.
Holländer, Ernst: Über Fremdkörper in der Speiseröhre. Med. Dokt. Dissert. München 1902.
Internationales Zentralblatt für Laryngologie 1912. 1913.
Medizinisches Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1913.
Medizinische Klinik 1912. 1913.
Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1912. 1913.
Revue hebdomadaire de Laryngologie 1913.
Rosenbaum, Bruno: Fremdkörper im Ösophagus und ihre Entfernung. Med. Dokt. Dissert. Breslau 1902.
Wiener Klinische Wochenschrift 1913.
Wiener Medizinische Wochenschrift 1913.
Zeitschrift für Laryngologie 1909/1913.
Zeitschrift für Ohrenheilkunde und verwandte Gebiete 1913.
Zentralblatt der Chirurgie 1913.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 11. Juni 1889 zu Wörrstadt, Kreis Rheinhessen, als dritter Sohn des prakt. Arztes Dr. Alexander Kees und seiner Frau Bertha, geb. Kurz. Nach 4jährigem Besuche der Volksschule trat ich 1899 in das humanistische Gymnasium zu Aschaffenburg ein und verblieb dort 4 Jahre. Infolge Übersiedlung meiner Eltern nach Würzburg besuchte ich nun in Würzburg das Alte Gymnasium. Juli 1908 bestand ich die Absolutorial-Prüfung.

Die ersten 2 Semester studierte ich in Würzburg, die nächsten drei in Tübingen, wo ich mein Physikum bestand. Die letzten 5 klinischen Semester brachte ich wieder in Würzburg zu. Im zweiten Semester diente ich bei der 4. Kompagnie des 9. Infanterie-Regiments „Wrede“ zu Würzburg. Das medizinische Staatsexamen beendete ich am 1. Dezember 1913. Zur Zeit bin ich als Medizinalpraktikant am Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg beschäftigt.